

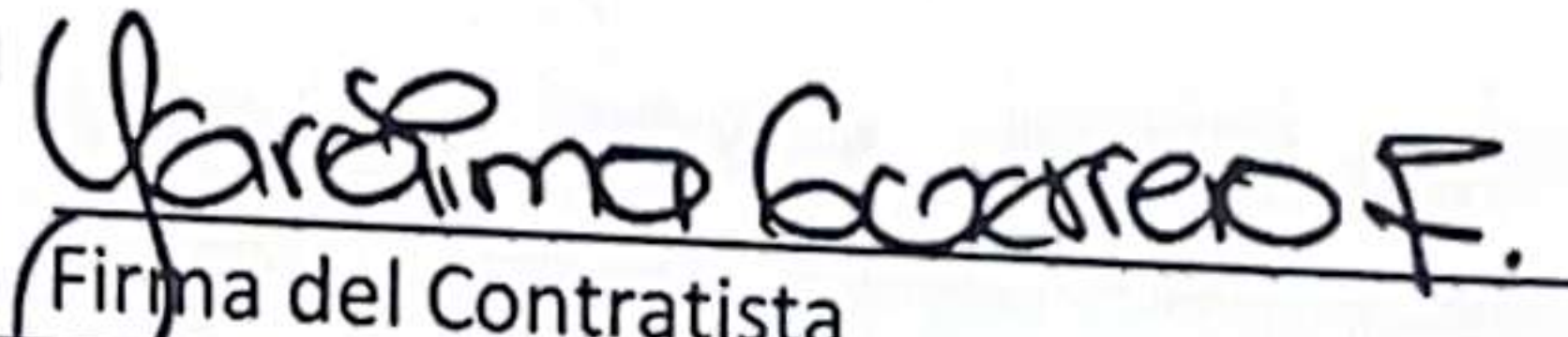
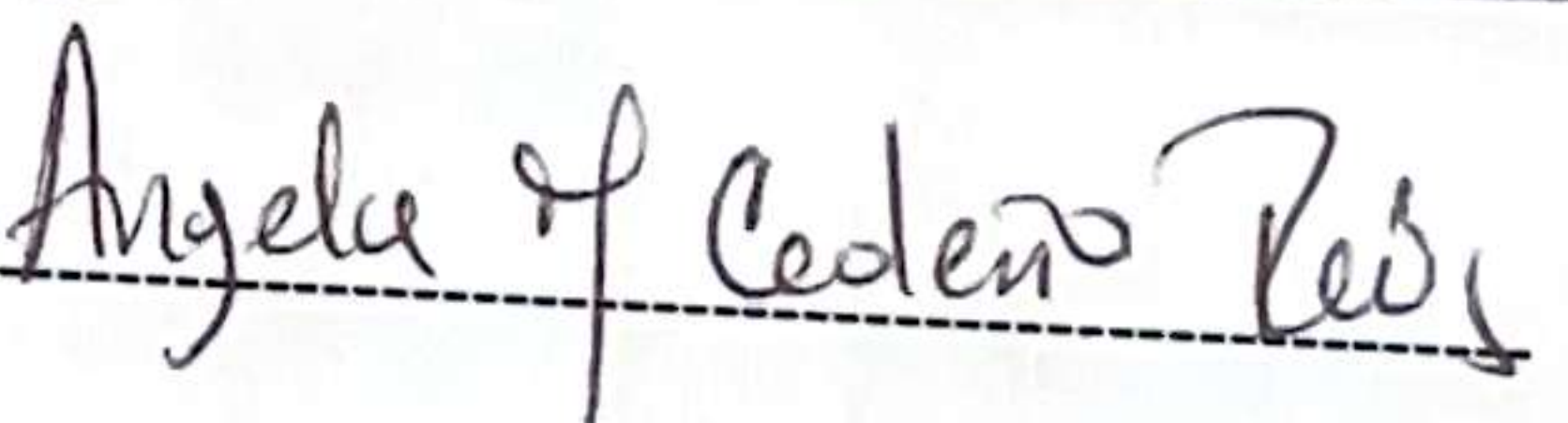
|                                                                                   |                                      |  |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------|
|  | ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA |  |               |
|                                                                                   | EJECUCIÓN CONTRACTUAL                |  | Página 1 de 3 |
|                                                                                   | INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN   |  |               |

| FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |              |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| A. INFORMACIÓN GENERAL                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |              |
| N° PAGO/N° DE INFORME:                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 05 de 5                                                                                                     |              |
| CONTRATO N°:                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 452025 DEL 19 DE JUNIO DEL 2025                                                                             |              |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | YARAIMA LIBETH GUERRERO FAJARDO                                                                             |              |
| N° DE IDENTIFICACIÓN:                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.082.903.939 DE SANTA MARTA                                                                                |              |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA PRESIDENCIA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA. |              |
| VALOR MENSUAL DEL CONTRATO:                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$1.900.000,00)                                                     |              |
| VALOR TOTAL DE HONORARIOS:                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000,00)                                                                    |              |
| N° CDP:                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 85 del 13 de junio de 2025                                                                                  |              |
| N° CRP:                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 89 del 19 de junio de 2025                                                                                  |              |
| PLAZO DEL CONTRATO                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 4 meses                                                                                                     |              |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 19 de Junio de 2024                                                                                         |              |
| N° PAGO                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5                                                                                                           |              |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 90122546                                                                                                    |              |
| B. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |              |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                        | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FECHA DEL PAGO                                                                                              | VALOR PAGADO |
| Salud                                                                    | MUTUALSER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 09/12/2025                                                                                                  | \$184.800    |
| Pensión                                                                  | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 09/12/2025                                                                                                  | \$236.5000   |
| Riesgos Laborales                                                        | POSITIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 09/12/2025                                                                                                  | \$7.800      |
| ITEM                                                                     | C. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |              |
| 1                                                                        | Se actualizaron las redes sociales Instagram, Facebook, X y página web de la Asamblea del Magdalena                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |              |
| 2                                                                        | Se creó la parrilla de contenido de diseño gráfico y audiovisual para el periodo comprendido de Octubre.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                             |              |
| 3                                                                        | Se crearon piezas audiovisuales para publicación en redes sociales instalación tercer periodo de sesiones ordinarias, conformación terna elección de contralor, cumpleaños zona bananera, día d lucha contra el cancer de mama, posesiones de diputados Cesar Pacheco, Pedro Mendoza, nota de estilo rector UNICARIBE, cumpleaños policía nacional, elección contralor departamental, clausura tercer periodo sesiones ordinarias. |                                                                                                             |              |
| 5                                                                        | Se hizo cubrimiento a todos los eventos y sesiones ordinarias convocados por la presidencia de la Asamblea departamental del Magdalena.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |              |
| 6                                                                        | Se atendieron todas las actividades asignadas durante la presente vigencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                             |              |
| D. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                         | 1. Que, a la fecha, he cumplido con las actividades establecidas en el contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |              |
|                                                                          | 2. Que los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, serán descontados por la Corporación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |              |
|                                                                          | 3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debida y legalmente pagados por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                             |              |
|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |              |
| E. ANEXOS                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |              |
| Soportes de Actividades desarrolladas en el periodo                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |              |



| F. DECLARACIONES DEL SUPERVISOR |                                                                                                                                                                                   |    |    |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ITEM                            | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                        | SI | NO |
| 1.                              | El contrato se encuentra debidamente legalizado                                                                                                                                   | X  |    |
| 2.                              | Los impuestos que debe cancelar el contratista para la legalización del mencionado contrato serán descontados por la corporación.                                                 | X  |    |
| 3.                              | El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar                                                                               | X  |    |
| 4.                              | En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento                                                               | X  |    |
| 5.                              | Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. | X  |    |

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago 5 de 5 correspondiente a 19 días del mes de octubre de 2025. La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta, a los 9 días del mes de diciembre.

|                                                                              |                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMA DE QUIEN DECLARA:                                                      | <br>Firma del Contratista |
| FIRMA DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA EN LA QUE EL CONTRATISTA PRESTA SU SERVICIO | <br>Firma del presidente  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO                          | <br>Firma del Supervisor  |

|                 |  |
|-----------------|--|
| REVISADO POR:   |  |
| FECHA:          |  |
| VERIFICADO POR: |  |
| FECHA:          |  |

CUENTA DE COBRO No. 5

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA  
NIT.891.780.205-1

DEBE A:

YARAIMA LIBETH GUERRERO FAJARDO  
C.C. 1.082.903.939

LA SUMA DE:

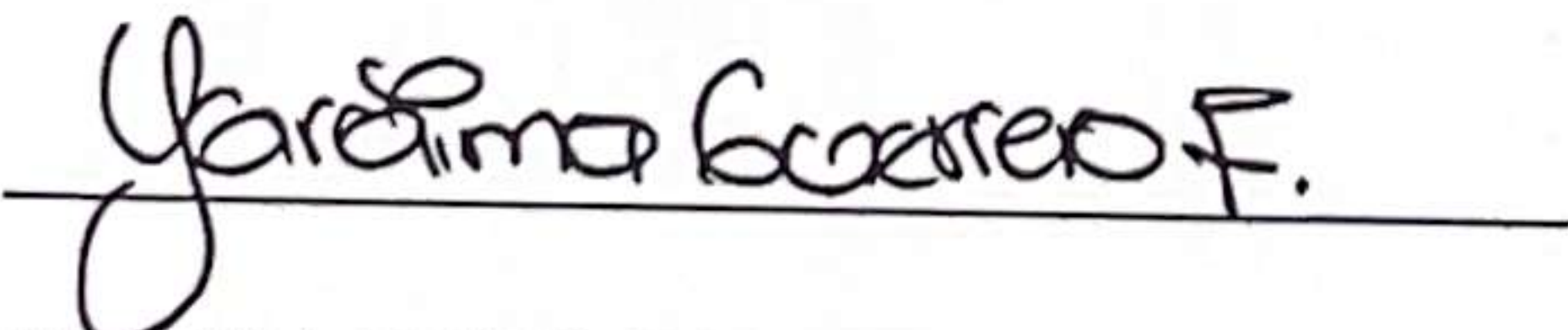
UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS M/L (\$1'900.000)

Por concepto de:

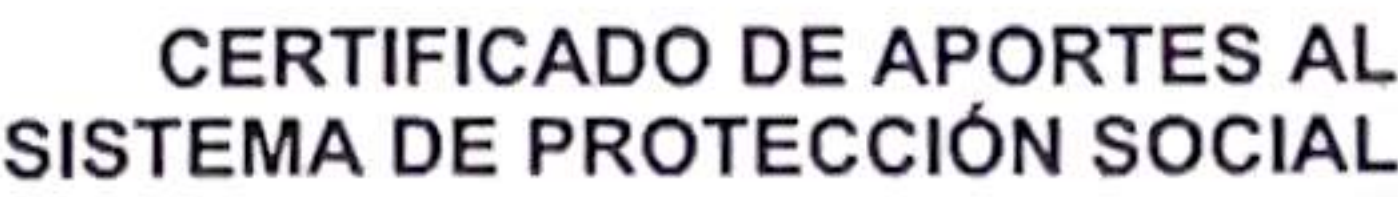
La cancelación de los honorarios de 19 días del mes de **octubre**, QUINTA CUOTA, del Contrato de Prestación de Servicios. No. 452025 DEL 19 DE JUNIO DE 2025, cuyo objeto **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA PRESIDENCIA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA.**

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que para la ejecución de este contrato no he contratado a dos o más personas.

Se firma en Santa Marta D.T.C.H. el 9 día del mes de diciembre de 2025.



YARAIMA LIBETH GUERRERO FAJARDO  
C.C. 1.082.903.939 de Santa Marta  
**Dirección** Manzana R casa 7 Urbanización Asocons  
**Celular:** 3046303074  
**Correo:** yaraimaguerrero@gmail.com



Se certifica que **YARAIMA LIBETH GUERRERO FAJARDO**, identificada con **CC** número **1082903939**, aportó por **YARAIMA** **LIBETH GUERRERO FAJARDO**, identificado(a) con **CC** número **1082903939** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **90122546** para el periodo de salud **2025-09** y pensiones **2025-09** de la siguiente forma.

[illegible]

El presente certificado se expide a los 9 días del mes Diciembre de 2025  
Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.